



ใบคำขอรับสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์ศพ บิดา มารดา และบุตรของสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

สมาชิกเลขที่.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วย (รพ./สสอ.).....

เลขที่บัตรประชาชน.....ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์ศพ บิดา

มารดา และบุตรของสมาชิก ดังนี้

ชื่อผู้เสียชีวิต (นาย/นาง/นางสาว)

เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา บุตร เสียชีวิตเมื่อวันที่.....

หมายเหตุ สวัสดิการเพื่อสงเคราะห์ บิดา มารดา และบุตรของสมาชิก

โดยมอบเป็นเงินจำนวน 10,000 บาท / ศพ

- ยื่นขอรับทุนสวัสดิการดังกล่าวภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ถึงแก่กรรม

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

อายุการเป็นสมาชิก.....ปี

ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน

(.....)

วันที่ขอรับทุน.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ

1. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์ศพบิดา มารดา หรือบุตรของสมาชิก
2. สำเนาใบมรณะบัตร
3. สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียชีวิต
4. สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต
5. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขอรับทุน
6. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอรับทุน